

湿潤療法（ラップ療法及び開放性ウェットドレッシング）を  
実施する事についての同意書

私は、褥瘡、皮膚外傷の治療にラップ療法（及び開放性ウェットドレッシング）を実施することについて、口頭及び文書を用いて説明を受け、その内容を十分理解しました。

私は、次のように判断いたします。

私の褥瘡（及び皮膚外傷）の治療について湿潤療法（ラップ療法及び開放性ウェットドレッシング）を行う事に、

1. 同意します。
2. 同意しません。

日付                      年                      月                      日

いりえ内科クリニック      院長

本人  
氏名  
生年月日

代理人  
氏名                                      続柄

説明者  
職名   院長                      氏名      入江 哲也

湿潤療法（ラップ療法及び開放性ウェットドレッシング）を  
実施する事についての同意書

私は、熱傷の治療にラップ療法（及び開放性ウェットドレッシング）を実施することについて、口頭及び文書を用いて説明を受け、その内容を十分理解しました。

私は、次のように判断いたします。

私の熱傷の治療についてラップ療法（及び開放性ウェットドレッシング）を行う事に、

1. 同意します。
2. 同意しません。

日付                      年                      月                      日

いりえ内科クリニック      院長

本人  
氏名  
生年月日

代理人  
氏名                                      続柄

説明者  
職名   院長                      氏名      入江   哲也